Edgar ...

Travail de la Clinique des Maladies des Voies Urinaires de Montpellier
(Dr Emile JEANBRAU, Chef du Service)

DU

MASSAGE DE L'URÈTRE

SOUS LA DOUCHE

dans le traitement de l'URÉTRITE CHRONIQUE

FOURNIER

PAR

François FOURNIER

DOCTEUR EN MÉDECINE

ASSISTANT A LA CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1909



DU

MASSAGE DE L'URÈTRE

SOUS LA DOUCHE

dans le traitement de l'URÉTRITE CHRONIQUE

Travail de la Clinique des Maladies des Voies Urinaires de Montpellier

(Dr Emile JEANBRAU, Chef du Service)

DU

MASSAGE DE L'URÈTRE

SOUS LA DOUCHE

dans le traitement de l'URÉTRITE CHRONIQUE

PAR

François FOURNIER

DOCTEUR EN MÉDECINE

ASSISTANT A LA CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1909

A MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR FOURNIER

MÉDECIN PRINCIPAL DE L'ARMÉE EN RETRAITE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de ma profonde gratitude et de mon amour filial.

A MON FRÈRE LE CAPITAINE LÉON FOURNIER

A MA BELLE-SŒUR, A LEUR ENFANT

AU MEILLEUR DES FRÈRES ERNEST FOURNIER

INGÉNIEUR DES ARTS ET MANUFACTURES

Dont les conseils me furent toujours si utiles. Qu'il soit assuré une fois de plus de ma vive affection et de ma reconnaissance émue !

F. FOURNIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Mes remerciements pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE JEANBRAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHEF DU SERVICE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Qui est pour moi un maître et un ami.

F. FOURNIER.

A MONSIEUR LUCIEN ROOS

DIRECTEUR DE LA STATION ŒNOLOGIQUE

Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE GAUJOUX

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

En souvenir de sa constante bonté.

A MON AINÉ M. LE DOCTEUR MAURICE JOURDAN

ASSISTANT A LA CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Qui m'est un excellent collègue.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLMER

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. COQUIARD

DE TOULON

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE EN RETRAITE

Qui me prodiguèrent leurs soins dévoués.

F. FOURNIER.

La coutume l'exigerait : nous devrions remercier chacun de ceux qui nous ont témoigné de l'intérêt et qui nous ont aidé de leur expérience. La tâche serait aisée, mais longue la liste !

Chirurgiens et médecins des hôpitaux de Montpellier dont l'enseignement clinique nous fut si précieux, professeurs de la Faculté dont les leçons furent aussi attrayantes qu'instructives, peuvent être certains de notre respectueux et sympathique souvenir. Nous nous plairons souvent à évoquer MM. Rauzier, Ducamp, Lapeyre, Galavielle, Lagriffoul, et MM. Vialleton et Sarda, qui nous témoignèrent à différentes reprises leur bienveillance, de même MM. Granel et Vedel, M. Courchet de l'École de pharmacie, M. le secrétaire Izard.

Nous nous rappellerons qu'à Marseille nous commençâmes nos études médicales avec MM. les professeurs Boinet, Brun, Delanglade, Piéri, Victor Audibert. Leur accueil fut toujours cordial lorsque nous dûmes recourir à leur science ; nous leur en sommes reconnaissant.

Quelques camarades sont devenus nos amis : les docteurs Antoine Catanéi et Georges Dugas. Auprès d'eux nous avons vécu les meilleurs moments de notre vie d'étudiant.

Montpellier, le 14 mars 1909.

François FOURNIER.

DU
MASSAGE DE L'URÈTRE
SOUS LA DOUCHE
dans le traitement de l'URÉTRITE CHRONIQUE

INTRODUCTION

Désireux de me spécialiser dans la pratique des voies urinaires, j'ai demandé à M. Jeanbrau de me guider dans le choix d'un sujet de thèse et dans sa rédaction. Il a pensé que, de toutes les questions de pratique courante, il n'en est guère d'aussi difficile, malgré la fréquence des cas qui devraient faire rapidement l'éducation du spécialiste, que la thérapeutique de l'urétrite chronique chez l'homme; aussi M. Jeanbrau m'a-t-il proposé d'étudier un mode de traitement de cette affection, qui réussit généralement mieux que beaucoup d'autres dans certaines variétés de « goutte militaire ». Ce mode de traitement repose sur l'indication suivante tirée de la connaissance des lésions urétrales de la blennorragie chronique : la nécessité d'évacuer et de désinfecter les foyers glandu-

laires localisés qui, en s'ouvrant dans l'urètre, réinoculent le canal.

Les lavages seuls sont impuissants à désinfecter ces foyers.

Les caustiques employés en instillations ne pénètrent pas dans les glandes de Littre dont le canal excréteur est oblitéré.

Si on dilate l'urètre avec des béniqués, on peut faire éclater une ou deux poches prêtes à se rompre, mais les sécrétions septiques ne sont pas chassées hors du canal, l'urètre n'est pas « nettoyé », et une poussée subaiguë d'urétrite se produit souvent.

Restent les hautes dilatations avec les dilatateurs de Kollmann qui permettent de distendre l'urètre dans des limites très étendues (jusqu'au 90 béniqué) et de le laver en même temps. Mais ces appareils sont d'un emploi assez délicat et doivent être réservés aux spécialistes. De plus, ils lavent mal, à cause de l'étroitesse du canal d'irrigation qui s'oblitère continuellement, et ils lavent trop faiblement ; le liquide sort de l'appareil pour couler dans l'urètre prostatique et il parcourt le canal jusqu'au méat, en bavant, sans force.

C'est pour remédier à ces divers inconvénients que notre maître M. Jeanbrau a cherché à faire construire un instrument simple et de maniement facile, permettant de réaliser en même temps les trois éléments du problème, c'est-à-dire :

1° La dilatation de l'urètre ;

2° L'expression avec les doigts de la paroi urétrale étalée sur l'instrument ;

3° Le lavage de toute la surface muqueuse avec des jets assez forts pour « fouiller » toutes les dépressions et déterger les orifices glandulaires.

C'est l'emploi de cet instrument, qui a donné entre les mains de M. Jeanbrau des résultats excellents, que nous voudrions vulgariser dans ce modeste travail.

Voici le plan que nous allons suivre :

Chapitre I. — L'anatomie pathologique de l'urétrite chronique.

Chapitre II. — Les épreuves qui permettent de considérer le malade comme n'étant plus contagieux d'abord, guéri ensuite.

Chapitre III. — Le massage évacuateur de la prostate et des glandes de l'urètre.

Chapitre IV. — Le massage des glandes de l'urètre combiné à la dilatation et aux lavages.

Observations cliniques suivies du contrôle histologique et bactériologique.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique de l'urétrite chronique

Dans ce travail écrit à un point de vue exclusivement clinique, j'envisagerai les lésions de l'urétrite chronique au seul point de vue du traitement.

Quelles sont les modifications de la muqueuse urétrale produites par la blennorragie passée à l'état chronique et qui entretiennent l'infection ? Pourquoi ces lésions frappent-elles d'échec les traitements qui consistent uniquement dans l'imbibition de la muqueuse par des substances antiseptiques employées à doses faibles comme dans les lavages, ou à doses plus fortes comme dans les instillations ?

Tels sont les deux points que nous allons étudier.

Les recherches histologiques de Finger, Hallé et Wassermann, Motz, ont montré que les lésions de l'urétrite

2

chronique portent au début seulement sur la muqueuse et les glandes de cette muqueuse pour gagner ensuite le corps spongieux. Ces lésions portent à la fois sur l'épithélium et sur le derme. On sait que l'urètre normal est tapissé par un épithélium cylindrique stratifié comme le montre la figure 1, empruntée à M. Albarran. Au cours



Fig. 1. — La muqueuse de l'urètre normal (Albarran).

On voit que l'épithélium urétral est cylindrique stratifié.

de l'urétrite chronique cet épithélium se transforme en épithélium pavimenteux stratifié. Non seulement le nombre des couches de cellules est plus grand, mais encore les cellules les plus superficielles s'infiltrent d'éléidine, deviennent cornées comme les cellules épidermiques. En somme, l'épithélium urétral devient, au

point de vue histologique, une sorte d'épiderme, rigide, sans souplesse, beaucoup moins perméable que l'épithélium normal aux substances antiseptiques. La figure 2,



Fig. 2. — Coupe à travers un urètre atteint d'urétprite chronique ayant abouti à la sténose (Coupe de M. le professeur Vialleton, pièce enlevée par M. Jeanbrau au cours d'une urétrectomie).

Comparer avec la figure 1. On voit que l'épithélium est devenu pavimenteux stratifié et que ses couches superficielles sont infiltrées d'éléidine. Cette muqueuse est devenue un tégument.

empruntée à M. Jeanbrau, le montre très nettement, si on la compare avec la figure précédente. Cette coupe a été faite par M. le professeur Vialleton dans un segment

d'urètre enlevé par M. Jeanbrau au cours d'une résection pour rétrécissement infranchissable. Au point où elle a porté il n'y avait pas de rétrécissement très marqué, mais on constate les lésions intermédiaires à l'urétrite chronique et à la sténose d'origine blennorragique, à savoir :

1° L'épidermisation de l'épithélium avec formation d'une couche cornée comparable, suivant l'expression de M. le professeur Vialleton, à celle que l'on trouve sur la langue du chat ;

2° La sclérose du derme.

Ces lésions, qui expliquent que l'urétrite chronique non soignée aboutisse fatalement au rétrécissement, nous permettent de comprendre l'impuissance des lavages, des injections et des instillations.

Mais il est surtout un ensemble de lésions qui contribuent à rendre permanente l'inflammation de l'urètre : ce sont les lésions glandulaires.

L'urètre de l'homme est tapissé par une muqueuse à laquelle sont annexées de nombreuses formations glandulaires, destinées à sécréter le mucus qui doit lubrifier l'épithélium et le protéger contre le contact irritant de l'urine : ce mucus est sécrété en abondance pendant l'érection. Ces glandes peuvent se diviser en trois catégories :

a) Les lacunes de Morgagni, simples évaginations de l'épithélium ; *b*) les glandes intra-muqueuses ou follicules ; *c*) les glandes sous-muqueuses ou glandes de Littre. Ces dernières sont les plus importantes au point de vue qui nous occupe. Leurs acini plongent dans le corps spongieux et évacuent leur sécrétion dans l'urètre par l'intermédiaire d'un canal excréteur dirigé obliquement vers le

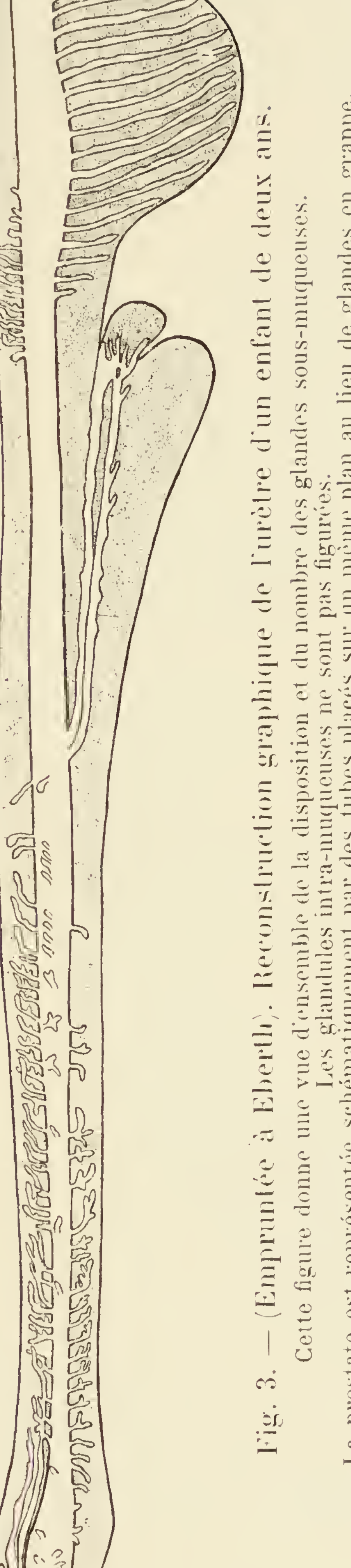


Fig. 3. — (Empruntée à Eberth). Reconstruction graphique de l'urètre d'un enfant de deux ans.
Cette figure donne une vue d'ensemble de la disposition et du nombre des glandes sous-muqueuses.
Les glandules intra-muqueuses ne sont pas figurées.
La prostate est représentée schématiquement par des tubes placés sur un même plan au lieu de glandes en grappe.

méat et qui a une longueur variant entre quelques millimètres et deux centimètres. Si le canal d'une de ces glandes infectées est oblitéré, il en résulte la formation dans la paroi de l'urètre d'un foyer qui suffira à entretenir l'urétrite en s'évacuant dans l'urètre.

De plus, les glandes de Cowper, logées dans l'angle qui sépare le bulbe de l'urètre membraneux, constituent également deux diverticules importants où peut se cantonner l'infection pour réinoculer sans cesse l'urètre. Ces glandes, dont le rôle a été remarquablement étudié par Lebreton, dans sa thèse, et par Pasteau, étaient jusqu'à aujourd'hui complètement négligées en clinique, sauf le cas, d'ailleurs rare, où elles étaient le siège d'abcès aigus, qui s'ouvraient au périnée.

Enfin la prostate n'est autre chose qu'une réunion de volumineux acini glandulaires s'ouvrant dans l'urètre postérieur et qui dans la blennorragie chronique sont très souvent infectés. La figure 3 et

la figure 4, empruntées à Eberth, schématisent très clairement l'anatomie clinique de la muqueuse urétrale. Un simple coup d'œil sur cette figure montre que la blen-



Fig. 4. — Coupe de l'urètre au niveau de sa partie membraneuse (Eberth).

Figure destinée à montrer que les hautes dilatations et le massage sur dilatation peuvent seuls, dans certains cas, amener la guérison des foyers glandulaires.

norragie détermine, non pas une urétrite, mais une poliurétrite, chacune des glandes sous-muqueuses constituant un urètre borgne en miniature. On comprend

que l'on puisse arriver à désinfecter une partie plus ou moins grande de l'urètre ; mais il suffit qu'une de ces glandes, infectée, s'oblitère pour qu'il en résulte une « adénite urétrale », suivant l'expression de Motz. Cette adénite forme dans la paroi de l'urètre un nodule du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, et, suivant le processus habituel des abcès chroniques, s'ouvre de temps à autre dans l'urètre. Tant que l'une de ces glandes reste ainsi infectée la guérison ne peut se faire.

En résumé, la cause des difficultés du traitement de l'urétrite chronique se résume en une seule : l'infection des glandes sous-muqueuses, des glandes de Cowper, et de la prostate.

Dans les cas où l'infection de ces glandes est récente et peu prononcée, la guérison de l'urétrite s'obtient assez facilement par les moyens habituels : grands lavages chauds au permanganate, à l'oxycyanure, au sublimé, au nitrate, instillations et dilatation avec les béniqués.

Mais si la prostate et quelques-unes des glandes sous-muqueuses sont atteintes depuis un certain temps, tous les moyens de traitement, que nous venons d'indiquer, sont frappés d'échec. On ne peut obtenir la guérison qu'en évacuant les foyers septiques, en les désinfectant et en les drainant, car nous verrons plus loin que la méthode, qui consiste à masser l'urètre sur un instrument perforé par lequel sortent des jets d'antiseptiques, aboutit à un véritable drainage des anfractuosités urétrales.

CHAPITRE II

Les épreuves qui permettent de considérer le malade comme n'étant plus contagieux d'abord, et guéri ensuite.

I

DE LA NÉCESSITÉ DE CONTRÔLER PAR DIVERSES ÉPREUVES, A L'AIDE DU MICROSCOPE, SI LE MALADE EST CONTAGIEUX ET S'IL EST GUÉRI.

La blennorragie chronique — notre maître M. Jeanbrau insiste dans ses leçons cliniques sur ce point — ne peut être soignée que sous le contrôle presque quotidien du microscope. Le fait est peut-être regrettable puisqu'il ne permet pas à tous les praticiens de soigner dans des conditions de sécurité suffisante les blennorragies. Mais, en l'état actuel de la science, il n'est pas permis d'affirmer qu'un malade n'est plus contagieux, et à plus forte raison qu'il est guéri, si on n'a pas procédé à plusieurs épreuves que nous allons préciser. Cette question préalable montre quelle confiance on peut attacher aux affirmations que

l'on voit tous les jours imprimer dans des thèses ou des mémoires sur le traitement de l'urétrite chronique, lorsque l'observation se termine ainsi : « depuis la dernière séance le malade n'a plus de goutte, nous le considérons comme guéri », ou bien : « le malade n'a plus de goutte, il est guéri. »

Le fait qu'un malade n'a plus de goutte le matin ne prouve pas qu'il est guéri, pas plus qu'il ne prouve qu'il n'est plus contagieux. On sait, en effet, que la goutte militaire est le résultat de la sécrétion de l'urètre antérieur. L'urètre postérieur peut être malade sans qu'il apparaisse la goutte révélatrice, puisque dans ce cas la sécrétion est emprisonnée dans l'urètre postérieur par le sphincter membraneux et n'est expulsée qu'avec la première miction. Nombreux sont les malades qui se croient guéris parce qu'ils ne voient plus de goutte le matin et qui, ou bien contaminent leur femme, ou bien font un jour des rétrécissements d'origine blennorragique.

Nous allons rappeler en quelques lignes comment on doit procéder pour vérifier si un malade est contagieux et s'il est guéri.

II

QUAND UN MALADE N'EST-IL PLUS CONTAGIEUX ?

Voici un malade qui, malgré un traitement bien conduit, a encore un léger suintement opalin le matin, suintement qui disparaît après la première miction. Si on examine le méat dans la journée, on constate qu'il est normal. Si

avec un fil de platine on cherche à faire une préparation, on n'obtient que quelques cellules épithéliales dans un peu de mucus.

Le malade n'éprouve aucun symptôme. Doit-on dire que ce malade n'est plus contagieux et qu'il peut se marier en toute conscience ! Notre maître M. Jeanbrau, d'accord avec d'autres auteurs comme Janet, Albarran, Motz, Jungano, soutient que seul le contrôle histologique et bactériologique permet de conclure d'une manière précise. Il faut donc, avant de dire au malade qu'il n'est plus contagieux, procéder à un examen en règle. Cet examen est difficile, compliqué, et nécessite une réelle expérience.

Il faut, pour se mettre à l'abri de graves erreurs de technique d'abord, d'interprétation ensuite, avoir fait un long apprentissage, et cependant nous ne voulons parler ici que de l'exploration clinique de l'urètre et de l'examen microscopique des sécrétions. Nous passerons sous silence les ensemencements dans divers milieux pour la recherche des aérobies et des anaérobies et leur différenciation sous le microscope. Nous ne parlerons même pas de la recherche du gonocoque par les cultures, méthode que quelques spécialistes comme Guépin et Jungano considèrent comme absolument nécessaire pour se mettre à l'abri des causes d'erreur.

Ce n'est pas qu'à notre âge nous repoussions comme inutile toute méthode nouvelle ; ce n'est pas à vingt ans qu'on doit être conservateur. Nous pensons au contraire que l'idéal serait d'avoir dans les hôpitaux de toutes les villes, même les moins importantes, des laboratoires avec des hommes assez compétents pour faire les plus minutieuses recherches histologiques et bactériologiques. Dans ces laboratoires on ensemencerait les sécrétions des malades en cours de traitement et on rechercherait

le gonocoque et les divers agents d'infection secondaire. On pourrait ainsi poursuivre le traitement chez les malades *désireux de guérir* jusqu'à la désinfection gonococcique définitive de leurs voies urinaires. Mais d'ici à ce qu'il en soit ainsi, ou bien des méthodes plus simples auront remplacé l'ensemencement, ou bien des siècles se seront écoulés sans avoir rien modifié à la routine et à l'indifférence actuelles.

Quels sont donc les moyens qui actuellement sont considérés comme les meilleurs pour vérifier qu'un blennorragien n'est plus contagieux? Les voici : ils consistent : 1° dans l'examen microscopique de la goutte ou du suintement ; 2° dans l'exploration de l'urètre avec un explorateur à boule olivaire de Guyon ; 3° l'expression digitale de la prostate et des glandes de Cowper ; 4° l'épreuve de la bière et du coït ; 5° l'épreuve de l'instillation au nitrate ou du lavage au sublimé ou au nitrate.

Examen clinique de l'urètre

Le malade sera examiné le matin avant d'avoir uriné. On pourra ainsi constater s'il existe au méat une goutte purulente, muco-purulente, opaline, comparable à de la glycérine, ou s'il a simplement les lèvres du méat agglutinées.

A l'aide d'une anse de platine ou d'une épingle flambée et refroidie, on étalera sur deux ou sur quatre lames la goutte ou le suintement du méat. Pour obtenir l'étalement en couche mince, lorsque la goutte est abondante ou épaisse, le mieux est de racler la lame avec le bord d'une carte de visite, comme si on voulait l'enlever. Il y a une autre précaution à prendre que l'on néglige à tort :

c'est de nettoyer le gland et même le méat avec un tampon de coton imbibé d'eau bouillie. On écarte ensuite les lèvres du méat et on va recueillir la sécrétion en pleine fosse naviculaire.

Depuis quelque temps M. Jeanbrau conseille aux malades qui doivent venir chez lui le lendemain, ou qui doivent recueillir eux-mêmes leur goutte, de se savonner abondamment la veille au soir en se couchant les organes génitaux et de se nettoyer particulièrement le gland et le prépuce. Depuis qu'il prend cette précaution, il lui a semblé qu'il trouve beaucoup moins d'amas microbiens dans les gouttes du matin. Il élimine ainsi toute cette flore du méat et du gland, flore saprophytique d'autant plus abondante qu'elle se développe dans la malpropreté, et dans laquelle on trouve ces diplocoques ressemblant à l'agent spécifique de la blennorragie.

Les diplocoques qui prennent le Gram ne peuvent évidemment pas, *en général*, causer d'erreurs d'interprétation *entre les mains d'hommes de laboratoire expérimentés et rompus à la pratique de ces examens*. Mais beaucoup de médecins, de pharmaciens, et même d'urologistes non prévenus peuvent s'y tromper. C'est ce qui explique les malentendus désagréables qui se produisent lorsque l'examen n'a pas été fait par un homme compétent et que le malade inquiet, envoie des lames dans un laboratoire. Bien des malades balancés ainsi entre deux résultats, l'un négatif, l'autre positif, se découragent et cessent tout traitement.

Conséquence : leur femme, devenue stérile par métro-salpingite, sera hystérectomisée plus tard ; et ils devront subir eux-mêmes une urétrotomie ou plusieurs urétrotomies.

Ces lames seront fixées par la chaleur, colorées et examinées avec soin à un triple point de vue :

1° Gonocoques ;

2° Microbes d'infection secondaire ;

3° Pus.

Nous ne saurions trop insister sur la difficulté que présente cet examen pour qu'il soit fait scientifiquement. L'examen après une simple coloration est facile ; mais il ne suffit pas et on ne peut rien affirmer si l'on n'a pas recherché les gonocoques par la méthode de Gram. Or celle-ci nécessite des réactifs de bonne qualité et de préparation récente (violet aniliné, alcool absolu et non pas alcool à 90°) ; elle nécessite un tour de main que l'on n'acquiert pas très vite ; elle exige surtout une certaine expérience pour interpréter ce que l'on voit dans la préparation sans faire d'erreurs.

Après avoir essayé bien des procédés et bien des réactifs, voici ceux auxquels notre maître M. Jeanbrau s'est arrêté et comment il conseille, dans ses leçons cliniques, de pratiquer :

Faire d'abord une coloration simple sur une des lames, soit avec du bleu de méthylène, soit avec de la thionine phéniquée. Laver à l'eau, sécher ; une goutte d'huile de cèdre ; objectif à immersion n° 12, oculaire 3 ou 4.

Sur cette préparation où les cellules épithéliales, les globules de pus et tous les microbes sont colorés en bleu, on fait un examen d'ensemble. On constate s'il y a : *a*) des agents d'infection secondaire ; *b*) des diplocoques ; *c*) des diplocoques intra-cellulaires. Dans une préparation faite avec une goutte d'*urétrite chronique*, il n'est en général pas possible de dire si les diplocoques colorés en bleu sont des gonocoques ou non. En effet le caractère prin-

cipal (en dehors de la décoloration par le Gram) des gonocoques est d'être des diplocoques intra-cellulaires. Or ils perdent ce caractère dans l'urétrite chronique : ils ne sont guère situés dans les cellules épithéliales et les globules de pus qu'à la phase aiguë de la blennorragie. Or il y a parmi les innombrables agents de la flore microbienne de l'urètre, qui apparaissent lorsque les gonocoques ont disparu, de gros diplocoques qui ressemblent beaucoup au microbe de Neisser. A moins d'être très expérimenté (et encore !) la simple coloration ne permet pas d'affirmer que ces diplocoques ne sont pas des gonocoques.

Il faut donc utiliser un autre caractère du gonocoque pour le différencier de ses sosies. Ce caractère est le suivant : Le gonocoque se décolore par la méthode de Gram. il ne prend pas le Gram. Voici ce que cela veut dire. Si l'on colore une préparation contenant des gonocoques par du violet de méthyle aniliné ou phéniqué, les cellules et tous les microbes sont colorés en violet. Si l'on verse alors, *sans laver à l'eau*, une solution iodo-iodurée sur la préparation, l'iode se combine avec les colorants fixés sur le protoplasma cellulaire et microbien et lui donne une teinte brunâtre. Tout est coloré en brun foncé. Qu'on verse alors de l'alcool *absolu* (*sans laver à l'eau*), et il va se produire le phénomène suivant : les cellules épithéliales, les globules de pus, certains microbes parmi lesquels le gonocoque, vont se décolorer complètement. Seuls certains microorganismes resteront colorés en brun par le Gram.

Pour cette raison on dit que le gonocoque se décolore par le Gram, qu'il ne prend pas le Gram.

Comment utiliser en pratique cette réaction ?

De deux manières :

1° En faisant une seconde préparation colorée par le violet que l'on traite par la solution iodo-iodurée et que l'on décolore par l'alcool absolu. On sèche, on met une goutte d'huile de cèdre, on examine. Si les diplocoques constatés dans la première préparation (colorée en bleu) sont restés sur celle-ci colorés en noir, ce ne sont pas des gonocoques.

2° Mais il y a une seconde manière plus pratique : elle consiste, après avoir fait un Gram, à recolorer la préparation avec une couleur d'aniline (fuchsine faible, éosine, vésuvine, etc.). Supposons que nous recolorions la préparation avec une solution d'éosine, que verrons-nous ? Nous verrons les globules de pus, les cellules épithéliales et les microbes décolorés par le Gram (parmi lesquels les gonocoques) recolorés en rose par l'éosine ; tranchant sur ce fond rose, nous verrons les microbes qui ne s'étaient pas décolorés par le Gram colorés en brun foncé.

Un mot maintenant sur les colorants à employer. Le violet aniliné d'Ehrlich est un réactif difficile à conserver. Huit jours après sa préparation, il ne vaut plus rien. D'où les erreurs fréquentes qu'on fait lorsqu'on emploie un réactif ancien. Il vaut mieux employer le violet phéniqué de Fraenkel qui peut se conserver un an.

Voici sa formule :

Solution alcoolique de violet de gentiane.	10 cc.
Eau phéniquée à 2,5 p. 100............	90 cc.

Filtrer cette solution.

Le liquide de Gram a pour formule :

Iode......................	1 gr.
Iodure de potassium.......	2 —
Eau distillée..............	300 —

Quant à l'alcool absolu qui sert à décolorer après le Gram, il faut l'essayer, afin d'être bien sûr qu'il est absolu. Pour cela on l'agite avec du sulfate de cuivre calciné qui doit donner un précipité blanc, tandis qu'il donne un précipité bleu lorsqu'il y a de l'eau.

Enfin, si l'on veut recolorer, M. Jeanbrau nous conseille de préférence (après avoir essayé l'éosine, la fuchsine, la vésuvine), le brun de Bismarck, suivant la formule proposée par Max Weinrich :

Eau distillée chaude	70 cent. cubes
Brun de Bismarck	3 gr.
Alcool à 96°	30 cent. cubes

Agiter et filtrer. Attendre quelques jours. Employer à froid, sinon la coloration est trop énergique.

Voici, en résumé, comment il faut procéder :

1° Sécher et fixer la préparation par la chaleur ;

2° Colorer pendant une à trois minutes dans le violet de Fraenkel ;

3° Puis, *sans laver à l'eau*, faire agir le liquide Gram pendant une minute ;

4° Puis, *sans laver à l'eau*, traiter par l'alcool absolu vérifié ; la décoloration est terminée lorsque l'alcool coule incolore ;

5° Laver à l'eau et recolorer à froid avec le brun de Bismarck.

Max Weinrich fait remarquer que les causes d'erreur sont dues surtout à l'emploi de l'eau. Si on lave à l'eau ou si on emploie de l'alcool hydraté, la préparation est manquée.

Examen de l'urine

Quand on a ainsi recueilli la goutte, on fait uriner le malade dans deux verres :

Si le premier verre contient des filaments, cela prouve qu'il existe de l'urétrite antérieure ;

Si le second en contient également, cela prouve qu'il existe de l'urétrite postérieure.

On peut avec une pince à mors plats pêcher ces filaments, surtout les filaments lourds qui tombent au fond du verre, les étaler sur des lames, et procéder aux examens que nous venons de décrire. Seuls les filaments lourds contiennent quelquefois des microbes et peuvent fournir d'utiles renseignements.

Examen de la prostate et des glandes de Cowper

On lave l'urètre antérieur avec de l'eau bouillie ; puis, si le malade n'a pas uriné complètement, on pratique le toucher rectal et l'examen de la prostate. On constate que, suivant les cas, la prostate est grosse ou petite, molle ou de consistance ferme, douloureuse ou non. En général la prostate douloureuse est une prostate enflammée. On en pratique ensuite l'expression avec les doigts et, dans le cas de rétention prostatique, on voit sortir par le méat un liquide opalin avec des grumeaux

dans lequel on peut rechercher le pus et les microbes. M. Jeanbrau a été souvent frappé de trouver au microscope, dans du liquide prostatique qui paraissait normal, d'énormes quantités de microbes, au point qu'on aurait pu croire à une culture pure diluée. Avant de faire uriner le malade on recherche avec soin si ses glandes de Cowper ne sont ni perceptibles ni douloureuses.

On fait alors uriner le malade et on constate s'il est sorti encore des filaments et des grumeaux chassés par le massage de la prostate et des glandes de Cowper si du moins l'expression de ces dernières a été également faite.

Exploration du canal

Il reste à explorer le canal :

1° A l'aide d'un explorateur à boule olivaire de Guyon ;

2° En le palpant sur un béniqué.

Nous n'insisterons pas sur ces deux moyens d'examen qui sont bien décrits dans les livres classiques et dont on ne peut tirer des renseignements précis que si l'on a acquis une certaine expérience des manœuvres urétrales.

Nous nous bornerons à dire : toutes les fois que l'on constatera des inégalités du canal (rétrécissements larges) et des nodosités ou des zones d'induration dans la paroi de l'urètre, palpée sur un béniqué, il y a lieu d'instituer un traitement pour rendre à l'urètre son calibre et sa souplesse normaux.

Supposons le cas où, malgré les inégalités de calibre du canal et un certain degré de prostatite chronique,

nous ne trouverions pas dans le suintement matinal de gonocoques. Le malade n'est certainement pas guéri.

Mais est-il encore contagieux ?

Pour le déterminer d'une manière aussi précise que possible il faut faire les trois épreuves de Janet :

a) L'épreuve de la bière ;

b) L'épreuve du coït ;

c) L'épreuve du nitrate d'argent ou du sublimé.

Les deux premières épreuves ont pour but de déterminer une poussée subaiguë d'urétrite ou tout au moins de faire apparaître des gonocoques enfouis dans des glandes profondes.

L'épreuve du nitrate ou du sublimé, qui consiste à faire des lavages à 1 pour 1.000 ou au sublimé à 1 pour 20.000 a pour but de détruire les agents d'infection secondaire et de déterminer au niveau de la muqueuse une réaction vive suivie d'un écoulement plus ou moins abondant dans lequel réapparaîtront les gonocoques s'il en existait encore.

Ce n'est qu'après avoir examiné le suintement de l'urètre, en pratiquant l'examen suivant la méthode de Gram décrite plus haut, que l'on peut arriver à préciser si le malade n'est plus contagieux ; mais il faut bien savoir que ces moyens de diagnostic n'ont qu'une valeur relative.

On ne peut pas affirmer d'une façon absolue, même si ces trois épreuves sont négatives, que le malade ne porte plus de gonocoques dans ses glandes périurétrales.

En clinique l'absolu n'existe pas.

III

QUAND UN MALADE EST-IL GUÉRI ?

Pour dire qu'un malade est guéri, plusieurs conditions doivent être réalisées. A notre avis ce sont les suivantes :

1° La prostate et les glandes de Cowper doivent être indolores et ne donner par le massage que du liquide ne contenant ni leucocytes, ni microbes ;

2° Une boule n° 20 ou 22 doit parcourir tout l'urètre sans rencontrer la moindre inégalité et sans parcourir de zones douloureuses ;

3° Si l'on palpe l'urètre sur un béniqué n° 40, on ne doit sentir aucune nodosité dans la paroi du canal ni aucune plaque d'induration ;

4° S'il existe un suintement opalin le matin, ce suintement, après les épreuves de la bière, du coït, du nitrate d'argent et du sublimé, ne doit contenir que des cellules épithéliales et quelques leucocytes. Il doit disparaître au bout d'un certain temps, lorsque la réaction produite par le nitrate ou le sublimé a disparu.

Peut-on considérer qu'un malade, qui dans l'urine du matin expulse encore quelques filaments, n'est pas guéri?

Nous pensons qu'on doit être un peu éclectique et que l'urètre, qui a été atteint d'inflammation, peut parfaitement être guéri malgré que certaines glandes expulsent des moules muqueux ou épithéliaux. A la longue, ces filaments finissent par disparaître spontanément. Là en-

core le médecin se gardera bien d'être affirmatif et dira au malade, non pas : « vous êtes guéri », mais « je vous considère comme guéri parce que je constate que votre canal, votre prostate et vos glandes sous-muqueuses ne donnent pas lieu, malgré les épreuves de Janet, à un écoulement de nature inflammatoire. »

CHAPITRE III

Le massage évacuateur de la prostate et les glandes de l'urètre

I

MASSAGE DE LA PROSTATE

Sans insister sur le traitement de la prostatite, qui est aujourd'hui bien connu, nous rappellerons en quelques mots l'histoire du massage de la prostate et sa technique. C'est Reliquet, qui, le premier, en 1883, indiqua la nécessité de pratiquer l'expression des glandes prostatiques à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Depuis, tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des voies urinaires ont conseillé le massage de la prostate. On a voulu substituer au doigt des instruments, afin de dispenser le malade et le chirurgien des ennuis du toucher rectal. Successivement on a préconisé des masseurs

en métal, comme le masseur de Félicki, le masseur rotatoire de Le Für, ou le masseur adapté à un trémolo comme l'a imaginé De Sard. Mais, sans méconnaître les avantages que présentent ces instruments dans certaines conditions, il n'en est pas moins vrai que le massage digital constitue encore le meilleur moyen d'évacuer la prostate en graduant la pression et en variant les points que le doigt comprime.

La technique la plus simple est la suivante : le malade est couché sur une table, les épaules relevées par un coussin. Le médecin se place soit à droite soit à gauche, introduit son index, recouvert par un doigtier en caoutchouc et abondamment vaseliné, dans le rectum du malade. Il va à la recherche de la prostate dont il reconnaît l'étendue, le volume, la forme, la consistance. Il exerce alors, en commençant avec douceur, de douces pressions dans le sens des rayons de la glande : de la périphérie au centre. Il appuie moins aux endroits douloureux, un peu plus fort sur les régions qui ne le sont pas. La première séance doit être courte: on se bornera à une dizaine de pressions. Dans les séances suivantes, on augmentera le nombre des pressions de façon à en faire soixante à quatre-vingts. Suivant les cas, ce massage est suivi d'un écoulement de liquide par le méat plus ou moins abondant.

Quand le massage est terminé, on prie le malade d'uriner dans un verre. On regarde par transparence et on voit les flocons de pus et les mucosités qui ont été chassées dans l'urètre par la pression.

II

MASSAGE DES GLANDES DE COWPER

Comme Pasteau a eu le mérite d'y insister, il faut toujours vérifier l'état des glandes de Cowper, et, si elles sont douloureuses, ou si leur expression détermine l'issue de liquide, il faut en pratiquer le massage régulier. La technique conseillée par Pasteau est simple : elle consiste, après avoir introduit l'index dans le rectum, à appliquer le pouce sur le périnée, à droite et à gauche du raphé, en arrière des bourses. On pince ainsi entre le pouce et l'index toute l'épaisseur du périnée, et, si les glandes de Cowper ne sont pas en rétention, on ne les sent pas, et ce pincement ne détermine pas de douleur appréciable. Dans le cas contraire on reconnaît l'existence d'une cowpérite à la saillie que les deux doigts pincent dans l'épaisseur des tissus. Comme pour la prostate on en pratique l'expression jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible de percevoir ces glandes entre le pouce et l'index.

III

MASSAGE DES GLANDES DE L'URÈTRE

Reste le massage des glandes sous-muqueuses de l'urètre, des glandes de Littre. C'est M. Motz qui le premier, en 1901, au Congrès d'Urologie, a indiqué la nécessité de rechercher les foyers glandulaires de l'urétrite chronique, en palpant l'urètre distendu par un béniqué. Depuis, il est revenu sur ce sujet à plusieurs reprises et il a montré que l'expression de ces glandes était une condition sine quâ non de guérison.

La technique en est simple : après avoir lavé l'urètre et rempli la vessie avec une solution antiseptique, on introduit un béniqué de calibre assez volumineux, surtout si le malade a déjà été dilaté. On relève ce béniqué de façon à ce que l'urètre pénien fasse un angle de 80° environ avec la paroi abdominale, et, en le tenant fixe de la main gauche, on palpe avec les doigts de la main droite toute l'épaisseur de l'urètre pénien, scrotal, périnéal. Evidemment la paroi supérieure, matelassée par les corps caverneux, échappe en partie à cette palpation, mais, avec un peu d'habitude, on arrive à faire tourner le pénis sur le béniqué et à palper ainsi la plus grande partie de la paroi supérieure.

Par ce procédé, M. Motz nous a appris à reconnaître l'existence « d'infiltration chronique, de petites nodosités glandulaires rondes, dures ou flasques, plus ou moins diffuses », qui constituent autant de petites urétrites borgnes branchées sur la cavité urétrale comme des diverticules dans la grande poche d'un abcès. Ces « adénites urétrales » reconnues, il est facile en quelques séances de les faire disparaître par un massage répété sur un béniqué, qui fait éclater la portion de muqueuse qui les séparait de la lumière du canal, expulse leur contenu, et permet au liquide des lavages de pénétrer dans leurs cavités.

Toutefois ce massage sur un béniqué, s'il est un excellent moyen d'exploration, laisse à désirer au point de vue du traitement. M. Jeanbrau a souvent remarqué, à l'époque où il pratiquait le massage de cette façon, que les malades éprouvaient des douleurs plus ou moins vives pendant les heures qui suivaient la séance. Mais surtout il insiste sur ce fait qu'on traumatise ainsi le canal très fâcheusement, parce qu'on écrase la paroi urétrale sur un mandrin rigide et que le pus qui s'écoule de la glande ainsi vidée est en même temps inoculé par friction dans les orifices des glandes voisines. Cela est si vrai que M. Jeanbrau a vu maintes fois des poussées d'urétrite subaiguë, caractérisées par un écoulement beaucoup plus abondant qu'il ne l'était avant le traitement, succéder à ces massages.

Aussi est-il infiniment préférable de combiner au massage de l'urètre sur dilatation un lavage antiseptique.

Dans ce but on emploie les dilatateurs laveurs de Kollmann, qui ont l'avantage important de permettre de très hautes dilatations, mais qui ont aussi l'inconvénient de ne permettre qu'un lavage faible, le jet

du liquide s'écrasant dans l'urètre prostatique et bavant ensuite dans l'urètre sans faire une véritable irrigation. Pour remédier à cet inconvénient et à l'obstruction presque continuelle de l'étroit conduit du dilatateur de Kollmann, M. de Sard a imaginé, en 1904, un béniqué laveur dont voici le principe : c'est un béniqué en laiton, cannelé comme le porte-pommades de Casper, creux et muni près de son extrémité vésicale de quatre trous. On adapte le tube d'une douche d'Esmarch à ce béniqué introduit dans l'urètre et on fait couler le liquide.

Celui-ci sort dans l'urètre postérieur par les quatre petits orifices et s'écoule vers le méat en balayant toutes les mucosités, que l'expression des glandes a chassées dans l'urètre. Cet instrument est très pratique, mais, après l'avoir employé avec succès pendant deux ans, M. Jeanbrau a eu l'idée de le perfectionner de façon à obtenir une irrigation plus forte et surtout de façon à ce que les jets puissent frapper directement tous les points du canal et fouiller ainsi toutes les anfractuosités de la muqueuse, pénétrer dans les glandes dont l'orifice est béant et laver en somme, par autant de petites douches qu'on le juge nécessaire, les différentes régions de l'urètre. C'est cet instrument que nous allons décrire dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Le massage des glandes de l'urètre combiné à la dilatation et aux lavages

Dans le but d'étaler la paroi urétrale sur un mandrin rigide contre lequel on puisse par un massage fait avec précaution exprimer le contenu des glandes en rétention, M. Jeanbrau a fait construire l'instrument dont voici la description :

C'est une sonde en laiton nickelé du calibre 45 béniqué, à petite courbure. Toute la portion rectiligne est quadrangulaire, creusée de 4 cannelures, séparées par des saillies angulaires mousses. Les cannelures sont percées sur toute leur longueur de petits trous.

Un mandrin creux pénètre à frottement doux dans la sonde. Ce mandrin est percé à son extrémité vésicale de quatre orifices correspondant aux quatre cannelures de la sonde. Si l'on adapte à ce mandrin le tube d'une douche d'Esmarch, le liquide s'échappe par les quatre trous de la

sonde qui se trouvent à ce moment correspondre aux quatre orifices du mandrin. En enfonçant et en retirant le mandrin on fait varier le siège des jets de liquide. On peut ainsi, la sonde étant introduite dans l'urètre et tenue immobile, laver toute la surface urétrale à l'aide de quatre petites douches que l'on fait jaillir d'un bout à l'autre du canal.

Cet instrument, introduit dans l'urètre, est utilisé de la manière suivante : On commence par frictionner avec la pulpe de l'index les parois de l'urètre pénien. Pour exprimer les glandes de Littre qui sont beaucoup plus nombreuses sur la paroi supérieure, on imprime au pénis, ou plus exactement aux corps caverneux, un mouvement de torsion soit à droite soit à gauche. En refoulant ainsi les corps caverneux, on arrive à masser la moitié latérale de la paroi supérieure. Si l'on refoule les corps caverneux dans le sens opposé, on arrive à exprimer la moitié opposée de cette même paroi. Quand on a procédé au massage de l'urètre pénien, on continue par le massage de l'urètre scrotal et périnéal. Il y a évidemment la paroi supérieure de l'urètre périnéal qui échappe à l'action des doigts, même si on enfonce ceux-ci profondément au-dessous de l'arcade pubienne. Mais, en élevant et en abaissant alternativement le laveur, on exécute un massage direct sur la muqueuse, qui constitue, étant donné que l'on pratique en même temps une irrigation dans cette région, un moyen suffisant pour déterger les glandes infectées. Car il ne faut pas oublier que ce massage ne doit être pratiqué, comme le recommande M. Jeanbrau, que sous la douche ou, plus exactement, sous l'irrigation continue.

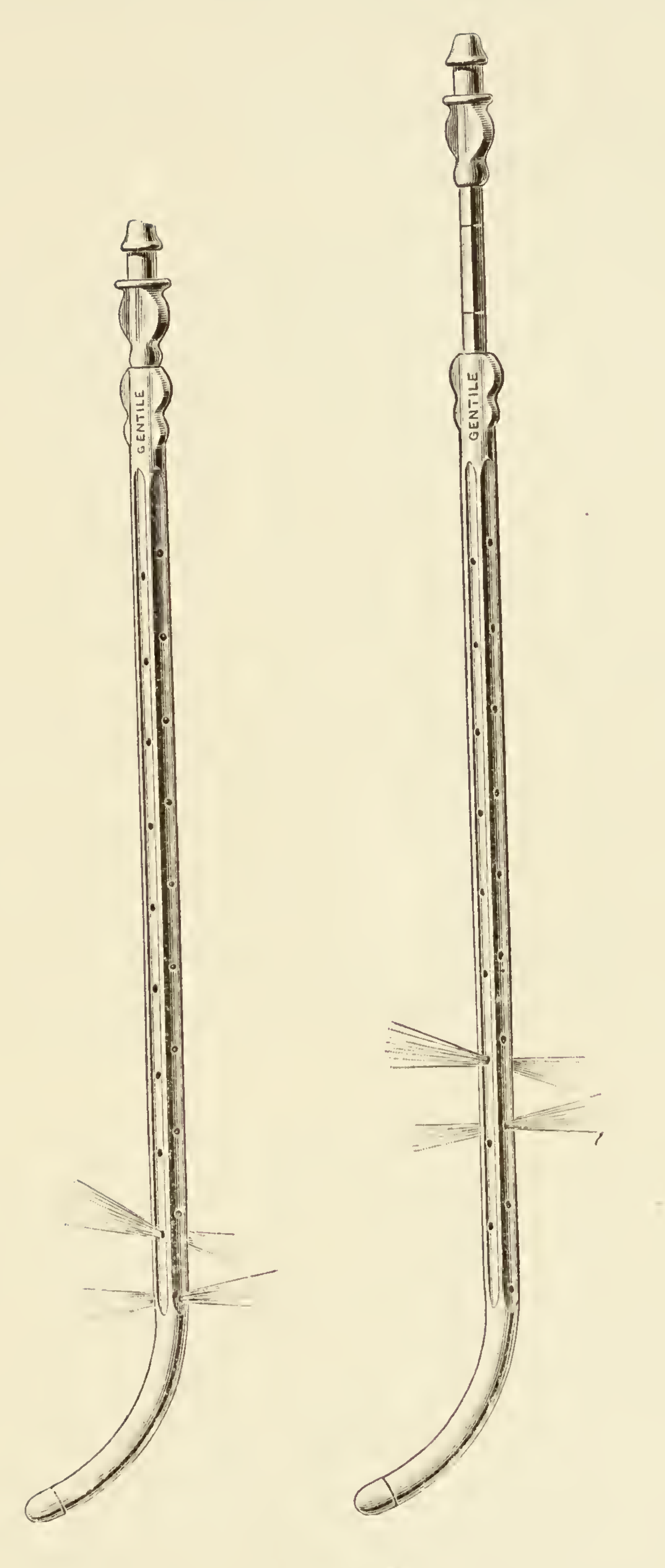


Fig. 5. — Laveur de M. Jeanbrau

Le mandrin glisse dans la sonde perforée de façon à ce que les jets de liquide puissent déterger toute la longueur de l'urètre.

Les *avantages* de cet appareil paraissent être les suivants :

a) Son introduction est facile, aussi facile que celle

d'un béniqué, malgré qu'il n'en ait pas la double courbure.

b) Elle n'est pas plus douloureuse que celle d'un béniqué de même calibre.

c) Le lavage, que l'on pratique sur tous les points du canal, en retirant et enfonçant le mandrin, produit une douce dilatation qui anesthésie la muqueuse, au point qu'on peut le prolonger très longtemps. Cela est si vrai, que les malades rétrécis, ou ceux dont l'urètre postérieur est douloureux, sont unanimes à préférer cet instrument aux béniqués ordinaires. Ils ne souffrent ni pendant, ni après la séance.

M. Jeanbrau n'a jamais observé de cystite, de prostatite ni d'orchite à la suite de l'emploi de cet instrument. Il l'a utilisé à l'heure actuelle plus de douze cents fois.

Il est quelques points de pratique qui ont leur importance et sur lesquels nous devons insister pour qu'on obtienne de cet instrument les résultats qu'on est en droit d'en espérer.

Tout d'abord il ne faut pas oublier que les quatre petits jets issus de l'instrument doivent avoir une force suffisante pour faire douche et « non pas pour baver dans le canal », suivant l'expression de M. Guyon. Pour réaliser cette condition, il faut :

1° Placer le bock au moins à un mètre ou un mètre dix de hauteur au-dessus du siège du malade ;

2° Que l'orifice du bock auquel est adapté le caoutchouc ait un diamètre de huit à dix millimètres au moins, afin que la colonne de liquide qu'on porte soit volumineuse ;

3° Ne pas intercaler de robinet sur le tube en caoutchouc, mais utiliser un presse-tube : les robinets en ébonite, dont on se sert en général, ayant un diamètre plus petit que celui du caoutchouc, déterminent une

« rupture de pression », et le jet de liquide en sort avec moins de force. C'est pourquoi il est de toute nécessité d'intercaler un presse-tube.

Ces trois indications ont une importance pratique très grande.

Mais il faut bien savoir que cet instrument n'est pas destiné à brutaliser le canal. Il est une règle que l'on ne doit jamais enfreindre dans la pratique urinaire : c'est de traumatiser la muqueuse de l'urètre.

Le médecin ne doit pas mettre son amour-propre à passer toujours et quand même au risque de produire des éraillures, des déchirures et même simplement des contusions de la paroi urétrale. Aussi faut-il toujours, avant de se servir de cet instrument chez un malade, l'avoir dilaté au préalable jusqu'à un numéro un peu supérieur à celui du laveur qu'on va utiliser.

M. Jeanbrau a l'habitude de toujours passer un ou deux béniqués plus gros avant d'introduire son instrument.

Voici d'ailleurs quelle est sa pratique : supposons qu'il s'agisse d'un malade atteint d'urétro-prostatite chronique sans gonocoques dans la goutte du matin :

1° Lavage de l'urètre antérieur avec une solution faible d'oxycyanure de mercure ou de permanganate de potasse ;

2° Remplissage de la vessie avec la même solution ;

3° Massage de la prostate et des glandes de Cowper ;

4° On fait uriner le malade ;

5° Nouveau remplissage de la vessie avec la même solution ;

6° Après cocaïnisation de l'urètre, si on le juge nécessaire, introduction de deux béniqués, par exemple 45 et

18, autant que possible lubrifiés avec un liquide soluble dans l'eau ;

7° Introduction du laveur et massage du canal sous la douche avec un litre d'antiseptique chaud

On peut, si cela est indiqué, pratiquer une instillation après avoir fait uriner le malade et ne lui permettre d'uriner qu'une ou deux heures après.

Indications du massage de l'urètre sous la douche

Cette méthode paraît indiquée lorsque les conditions suivantes se trouvent réunies :

1° Le pus ne contient plus de gonocoques en abondance ;

2° La prostate et l'urètre postérieur ont été traités par le massage et par des instillations et sont très peu douloureux ;

3° On perçoit, par le palper de l'urètre sur un béniqué, des inégalités de consistance, des nodules qui ne sont autre chose, comme M. Motz a eu le mérite de le montrer, que des adénites urétrales.

Contre-indication

Il est préférable de s'abstenir de cette manœuvre dans les poussées aiguës ou subaiguës, qui sont si fréquentes chez les malades porteurs d'une goutte militaire. La contre-indication est formelle si l'on trouve des gonocoques en abondance dans une goutte même blanchâtre, n'ayant pas l'aspect purement purulent. On s'exposerait, si on violait cette règle, à voir survenir une orchite ou une prostatite.

Pendant combien de temps doit-on continuer le massage de l'urètre sous la douche ?

Il est difficile de donner des indications précises à ce point de vue. Chez certains malades quatre ou cinq séances suffisent pour faire disparaître les adénites urétrales et restituer au canal sa souplesse. Chez d'autres il en faut huit ou dix. Dans ces derniers cas il est bon de pousser la dilatation avec les béniqués ou avec les dilatateurs de

Kollmann le plus loin possible afin de combattre la formation d'un rétrécissement large.

Il y a là une question d'expérience, de doigté personnel, et il est impossible de donner des indications qui varient notablement d'un sujet à l'autre.

OBSERVATIONS

Ces observations nous ont été communiquées par M. Jeanbrau. Il a recherché, parmi les faits qu'il a observés en 1908, les cas où le malade avait eu assez de ténacité pour se faire soigner docilement. On verra que ces observations sont résumées d'après un plan uniforme et qu'elles sont toutes suivies des épreuves dont nous avons indiqué la nécessité. On remarquera également que M. Jeanbrau ne déclare pas : « le malade est guéri », « ou le malade est complètement guéri », pléonasme prétentieux par lequel se terminent tant d'observations incomplètes publiées partout.

On trouvera à la suite trois observations que nous devons à notre ami le docteur Maurice Jourdan. Elles prouvent qu'on peut utiliser avec de réels avantages le massage de l'urètre sous la douche dans les cas d'urétrites récentes ayant tendance, malgré les grands lavages, à passer à l'état chronique.

Observation I

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 37 ans.

Première blennorragie à l'âge de 17 ans. Il s'est soigné lui-même par des injections de toutes sortes. Depuis un an, urines troubles, très odorantes, dysurie. De temps en temps poussée subaiguë de cystite.

Actuellement une miction toutes les deux heures.

A l'examen, M. Jeanbrau constate : miction lente, le jet est petit et sort en bavant ; urine fortement trouble, ne s'éclaircissant ni par l'acide acétique ni par la chaleur ; urètre douloureux par places, laissant passer une boule n° 16 assez librement ; résidu vésical : 70 cc. d'urine trouble ; prostate grosse, molle, douloureuse au toucher. Hémorroïdes internes.

Diagnostic : Urétro-prostatite chronique avec infection vésicale chez un glycosurique.

Traitement : Helmitol, 3 grammes par jour. Après quatre séances de dilatation au béniqué, qui ont permis la constatation de plusieurs nodules glandulaires dans l'urètre pénien, M. Jeanbrau fait sept séances de massage sous la douche et de massage de la prostate.

Un mois après le début du traitement, l'urètre est souple dans toute son étendue, accessible à la palpation, la prostate est à peine douloureuse et ne donne plus de liquide par l'expression, les urines sont presque limpides, un béniqué n° 56 passe facilement. Après quelques séances de haute dilatation au Kollmann, M. Jeanbrau fait pratiquer l'épreuve de la bière, l'épreuve du coït, qui ne sont

suivies que d'un suintement dans lequel le microscope décèle seulement quelques globules de pus et des cellules épithéliales.

M. Jeanbrau pratique alors l'épreuve de Janet : lavage au sublimé à 1 pour 20.000. Le suintement du lendemain matin ne contient aucun microbe, mais seulement des cellules épithéliales et quelques leucocytes.

M. Jeanbrau, après un dernier examen local de l'urètre et de la prostate de ce malade, l'autorise à se marier en lui recommandant d'uriner toujours, surtout le matin, avant les rapports sexuels.

Observation II

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 31 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 18 ans. Urétrite blennorragique soignée par des injections astringentes et des balsamiques. Deux urétrites aiguës, l'une en 1899, l'autre en 1902. Depuis cette époque goutte militaire.

Etat actuel : Le malade se plaint d'avoir une goutte le matin, goutte jaune qui empèse la chemise. De plus, prostatorrée après la défécation. Jet en vrille depuis quelque temps.

A l'examen, M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat*, qui mesure 20 Charrière, un suintement assez épais, blanc sale.

2° *Urines* claires avec nombreux filaments lourds; ni sucre, ni albumine.

3° *Urètre antérieur :* inégal, deux rétrécissements larges dans la région moyenne du pénis, perçus avec une boule n° 18 ; à la palpation, urètre scléreux.

4° *Urètre postérieur :* très douloureux ; rétrécissement large au collet du bulbe qui laisse passer à frottement une boule n° 16.

5° *Prostate :* grosse, molle, très douloureuse, sécrétant un liquide abondant. L'examen de la goutte décèle du pus et de nombreux microbes d'infection secondaire.

Diagnostic : Urétrite chronique diffuse avec rétrécissements larges et prostatite.

Traitement : Débridement du méat à 62 béniqué : Quatre séances de massages de la prostate, de grands lavages chauds à l'oxycyanure de Hg et d'injections au protargol au dixième. Ensuite deux séances de béniqué (de 40 à 48). Puis six massages du canal sous la douche avec le laveur décrit précédemment. Dilatation ensuite à 60 béniqué.

Résultat après 17 séances dont six massages de l'urètre sous la douche.

Epreuve de la bière : négative.

Epreuve du nitrate d'argent (grand lavage à 1 pour 1.000) : suintement ; dans le pus on ne trouve que quelques leucocytes et de nombreuses cellules épithéliales.

Le malade a été revu 4 mois après. Urètre souple. Urines avec quelques rares filaments légers. Pas de goutte même le matin.

Observation III

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X.... 24 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 18 ans. Urétrite blennorragique soignée par des injections de permanganate faible. Guérison apparente. 2e blennorragie en 1906, 3e en 1908. Traitées par des injections de permanganate et de l'urotro-

pine. Depuis 6 mois goutte militaire intermittente. Le malade reste pendant un mois sans voir autre chose que quelques filaments ; puis, après un coït, une goutte abondante et jaune apparaît au méat et se reproduit pendant 15 jours.

A l'examen, M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat* (étroit, de calibre 40 béniqué), à droite et à gauche, deux petits méats accessoires qui suppurent.

2° *Urines* claires avec de nombreux filaments lourds.

3° *Urètre antérieur* libre ; mais, à la palpation sur un béniqué, on perçoit à trois centimètres en arrière du méat, sur la paroi supéro-latérale gauche, un nodule du volume d'un petit pois.

4° *Urètre postérieur* douloureux.

5° *Prostate* paraît normale. Le massage détermine l'écoulement de quelques gouttes de liquide translucide. Au microscope on n'y trouve que des cellules épithéliales.

L'examen de la goutte du matin décèle des gonocoques. Le pus, recueilli dans les deux petits méats accessoires, contient également des gonocoques.

Diagnostic : Urétrite chronique entretenue par une infection paraméatique et une adénite pénienne.

Traitement : Débridement du méat à 62 béniqué, au galvano-cautère. Destruction des deux diverticules paraméatiques au galvano. Douze séances de dilatation au béniqué (jusqu'à 62) avec quatre massages du canal sous la douche.

Résultat après seize séances : méat sec le matin. Les deux méats accessoires ont disparu et n'ont laissé qu'une dépression cicatricielle. L'urètre antérieur est souple, le nodule découvert au début a disparu après le deuxième massage sous la douche. Epreuves de la bière, du coït, du sublimé : négatives.

Le malade a été revu, quatre mois après la fin du traitement, en excellent état : méat sec. Urètre souple. Quelques rares filaments légers le matin au réveil. Ces filaments ne contiennent que des cellules épithéliales.

Observation IV

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 44 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 21 ans. Urétrite blennorragique soignée par d'innombrables capsules et injections de toutes sortes. Goutte militaire avec poussées aiguës fréquentes. Deux épididymites à droite, une à gauche.

État actuel : Le malade se plaint d'uriner avec une sensation de cuisson lorsqu'il a bu un peu de vin pur ou un bock, ou un verre d'alcool. Sa chemise est constamment tachée. Le besoin d'uriner est fréquent. Il se reproduit presque aussitôt la miction, surtout lorsque le malade se couche.

A l'examen, M. Jeanbrau constate :

1° Un méat hypospade très étroit (12 Charrière).

2° *Urines* troubles, neutres, ne se clarifiant ni par l'acide acétique, ni par la chaleur. Centrifugées, elles donnent un culot de pus avec de nombreux cocci et bacilles. Pas de bacilles de Koch. Inoculation au cobaye faite dans la suite : négative.

3° *Urètre antérieur :* Une boule n° 12 perçoit de nombreux ressauts dans tout l'urètre pénien. A la palpation sur la tige de l'explorateur, l'urètre est induré par places.

4° *Urètre postérieur :* douloureux.

5° *Prostate :* dure, inégale, peu douloureuse. — Capacité vésicale : 150 cc.

Résidu vésical : 30 cc. — Les deux testicules sont atrophiés, surtout le droit. Nodule dans la queue de l'épididyme, des deux côtés.

Diagnostic : Urétrite chronique diffuse entretenue par un méat

hypospade étroit. Prostatite chronique ancienne non évacuable par le massage.

Traitement : M. Jeanbrau incise le méat sur la paroi inférieure au bistouri et suture la peau et la muqueuse avec deux catguts, un à droite, un à gauche. Le méat ainsi obtenu a un calibre provisoire de 24 Charrière. Comme tous les méats hypospades, il ne maintiendra pas si le malade ne se fait pas dilater toute sa vie. — Béniqués jusqu'à 46, puis dilatation au Kollmann à 3 branches jusqu'à 60. Six massages sur la douche avec le laveur de M. Jeanbrau, n° 45. — Désinfection de la vessie au collargol, sans nitrate ni protargol.

Résultat après 12 séances dont 6 massages sous la douche : Urines liquides, ne contenant que des filaments, mais pas de pus. Disparition des symptômes douloureux et du besoin continuel d'uriner. Après huit séances supplémentaires de dilatation au Kollmann, urètre souple, indolore. Quelques rares filaments légers. L'épreuve du coït et du nitrate sont négatives. Le malade a été revu 3 mois 1/2 après la fin du traitement, en excellent état. Urètre souple, pas de goutte, plus de troubles urinaires.

Observation V

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 33 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 21 ans.

Urétrite blennorragique soignée par des capsules de copahu. Guérison au moins apparente. Echauffement deux ans après. Il y a deux ans, blennorragie aiguë dès le début par des lavages de l'urètre antérieur au permanganate à 1 pour 2000. Absence d'hygiène,

reprise précoce du coït, épididymite gauche. Depuis, goutte militaire. Prostatorrée après la défécation.

ETAT ACTUEL : Le malade se plaint d'une goutte militaire et voudrait s'en débarrasser avant de se marier.

A L'EXAMEN : M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat* qui mesure 52 béniqués : un suintement opalin.

2° *Urines* troubles avec de nombreux filaments ; quelques gouttes d'acide acétique au tiers clarifient complètement l'urine. Elles ne contiennent pas de pus.

3° *Urètre antérieur :* Un peu sclérosé. Une boule n° 20 perçoit plusieurs ressauts. Un béniqué n° 40 permet de sentir sur l'urètre distendu plusieurs nodosités glandulaires.

4° *Urètre postérieur :* Très douloureux.

La boule ressort couverte de pus.

5° *Prostate :* Douloureuse, de consistance inégale ; le lobe gauche est un peu plus volumineux que le droit.

L'examen de la goutte décèle des gonocoques et des microbes d'infection secondaire.

DIAGNOSTIC : Urétro-prostatite, avec adénites urétrales.

TRAITEMENT : Le méat est débridé au bistouri à 62 béniqué. Une quinzaine de séances de dilatation, de massage de la prostate, de massage du canal sous la douche. Finalement béniqués 61, 62, 63 et dilatation au Kollmann jusqu'à 78.

RÉSULTAT après 15 séances, dont six massages de l'urètre sous la douche : urètre souple dans toute son étendue ; à la palpation sur un gros béniqué, on ne perçoit plus de nodosités ni d'indurations. L'urètre postérieur est à peine sensible.

Le malade a été REVU six mois après la fin du traitement, sans goutte, sans suintement. L'épreuve de la bière et du nitrate avaient été négatives. Le malade s'est marié et sa femme n'a présenté aucun symptôme du côté de l'appareil génito-urinaire.

Observation VI

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 27 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 19 ans. Première urétrite blennorragique soignée par des balsamiques, puis des injections de sulfate de zinc. Deuxième urétrite, il y a quatre ans, non guérie. Orchite droite il y a six mois. Depuis dépression générale et incapacité de tout effort intellectuel ou physique.

Etat actuel : Le malade se plaint d'une goutte matinale, avec poussées subaiguës d'épididymite droite et prostatorrée après la défécation. Douleurs articulaires, douleurs sacrées et sous-lombaires. Neurasthénie génitale. Asthénie, céphalée, insomnie.

A l'examen : M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat* qui est étroit et n'admet qu'un béniqué n° 45 : goutte muco-purulente.

2° *Urines* claires avec des fragments lourds abondants. Ni sucre, ni albumine.

3° *Urètre antérieur :* une boule n° 8 le parcourt sans percevoir aucune sténose ; urètre postérieur très douloureux. La boule sort couverte de pus.

4° *Prostate* grosse, molle, asymétrique, très douloureuse. Le lobe droit est particulièrement sensible. Le sujet a un commencement de syncope sous l'influence du massage prostatique. Ecoulement abondant de liquide prostatique avec des grumeaux.

L'examen de la goutte décèle de nombreux microbes d'infection secondaire et du pus.

Diagnostic : Urétrite chronique diffuse avec prostatite ; épididymite droite, neurasthénie secondaire.

Traitement : Quatre séances de massage prostatique et de lavages chauds à l'oxycyanure. Débridement du méat au 62 béniqué à l'aide du galvano-cautère. Béniqués de 40 à 50. Cinq massages de l'urètre sous la douche. Dilatation à 62 béniqué. Injections de protargol à 1 p. 10, puis de résorcine. Sulfate de zinc.

Résultat, après 16 séances dont cinq massages de l'urètre sous la douche : urètre libre, souple, à peine douloureux. Prostate petite, de forme régulière, presque indolore : l'expression ne détermine plus d'écoulement de liquide prostatique.

Dès le troisième massage de la prostate, les douleurs articulaires et lombaires ont diminué.

Le malade a été revu 4 mois après. Etat général excellent. La neurasthénie n'a laissé aucune trace. Le malade travaille et dort comme un homme normal. L'épreuve de la bière, du coït et du nitrate n'ont permis de trouver dans le suintement réactionnel ni gonocoques ni microbes secondaires.

Observation VII

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 24 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois il y a deux ans.

Urétrite blennorragique soignée par des injections de permanganate dans l'urètre antérieur. Pour faire disparaître une goutte intermittente, six instillations de nitrate d'argent très douloureuses.

Guérison apparente. Récidive (ou réinoculation) il y a trois mois. Soignée par des injections de protargol faible, sans aucune précaution d'asepsie.

État actuel : Le malade se plaint d'avoir une goutte blanche le matin. Dans la journée, rien. Mais dès qu'il boit quelques verres de bière ou de vin pur, écoulement abondant avec sensation de brûlure à la miction.

A l'examen, M. Jeanbrau constate, dans l'après-midi :

1° *Au méat*, de dimensions normales : pas de goutte ni de suintement.

2° *Urines :* claires avec quelques petits filaments légers.

3° *Urètre antérieur :* libre ; mais à la palpation sur un béniqué 40, on sent sur la paroi inférieure de l'urètre pénien deux nodules du volume d'un grain de blé, douloureux.

4° *Urètre postérieur :* douloureux ; le talon de la boule olivaire ressort chargé de pus.

5° *Prostate :* paraît normale ; le lobe gauche est plus volumineux que le droit et un peu douloureux. L'expression ne fait sortir au méat que deux ou trois gouttes de liquide.

L'examen de la goutte du matin décèle de nombreux microbes d'infection secondaire et quelques gonocoques (Gram).

Diagnostic : Urétrite diffuse chronique à gonocoques avec foyers glandulaires péniens.

Traitement : M. Jeanbrau prescrit au malade de se faire pendant dix jours deux lavages par jour au permanganate.

En dix séances, dont six de massage du canal sous la douche avec son laveur, M. Jeanbrau obtient la disparition des petites nodosités perçues dans la paroi urétrale. L'urètre postérieur est presque indolore. Quelques massages de la prostate ont suffi pour lui rendre sa forme symétrique normale et faire disparaître la douleur à la pression sur le lobe gauche.

Résultat, après ces dix séances, entre lesquelles le malade a fait des lavages à l'oxycyanure à 1. p. 4000 : le méat est légèrement humide le matin, mais il n'y a plus de goutte. Epreuve de la bière, puis du sublimé ; le liquide qui apparaît au méat le lendemain matin ne contient que des cellules épithéliales et des leucocytes. Pas de microbes.

Le malade a été revu six mois après, sans goutte, ni suintement, ni filaments dans les urines.

Observation VIII

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 29 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois il a 8 ans. Urétrite blennorragique soignée par les balsamiques dès le début. Trois rechutes. Depuis un an, goutte continue. Nombreux filaments. Prostatorrée. Douleurs articulaires, douleurs sacrées et lombaires. Neurasthénie.

État actuel en mars 1908 :

M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat* (étroit, à 20 Charrière, légèrement épispade), une goutte opaline.

2° *Urines* claires avec de nombreux filaments lourds.

3° *Urètre antérieur* : inégal et douloureux ; à la palpation sur un béniqué, plusieurs nodosités de volume d'un grain de millet.

4° *Urètre postérieur* : très douloureux. Une boule exploratrice n° 18 ressort couverte de pus.

5° *Prostate* grosse, molle, très douloureuse. Par l'expression, elle laisse couler près de deux centimètres cubes de liquide avec des grumeaux.

L'examen de la goutte décèle du pus et des microbes d'infection secondaire.

Diagnostic : Urétro-prostatite chronique avec foyers glandulaires.

Traitement : Douze séances de massage de la prostate, de dilatation aux béniqués (le méat est débridé au galvano jusqu'à 62 béniqué) et de massage sous la douche. Dans l'intervalle le malade se fait des grands lavages à l'oxycyanure de mercure à 1 pour 4000.

Ensuite quatre dilatations avec le Kollmann. Jusqu'au n° 80 béniqué. Injections de protargol à 1 pour 10 conservées plus de 10 minutes après la dilatation au Kollmann.

Après 16 séances, dont six massages sous la douche, le canal est souple, les nodosités ont disparu ; l'épreuve du coït, de la bière, du sublimé ne donne qu'une réaction muqueuse, sans globules de pus, ni microbes d'aucune sorte. Il reste encore quelques petits filaments légers le matin.

Revu en décembre 1908 : la prostate indolore ne donne rien par le massage. Méat sec. Urètre souple. Epreuve du nitrate négative.

Observation IX

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 25 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 22 ans. Urétrite blennorragique soignée par des injections de protargol. Goutte militaire. Depuis, une seconde blennorragie contractée il y a 9 mois.

A l'examen, M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat* une goutte blanc jaunâtre (gonocoques).

2° *Urines* avec de nombreux filaments.

3° *Urètre antérieur* inégal. Un nodule comme un petit pois à la racine des bourses dans la paroi supéro-latérale gauche.

4° *Urètre postérieur* : très douloureux.

5° *Prostate* : paraît saine.

Diagnostic : Urétrite chronique diffuse avec adénite pénienne.

Traitement : Dilatation à 48, puis 4 massages sous la douche. In-

jections de protargol à 5 puis à 10 p. 100 gardées une heure. Dilatation ensuite jusqu'au 60.

Résultat après 12 séances : urètre souple, indolore. Suintement matinal sans microbes. Epreuves du coït, de la bière, du sublimé négatives.

Le malade a été revu 7 mois après sans suintement.

Observation X

(Inédite. — Due à M. Jeanbrau)

X..., 44 ans.

Maladie actuelle : Contaminé pour la première fois à 17 ans. Urétrite blennorragique soignée par l'injection aux trois sulfates. Quatre blennorragies dans la suite avec orchite double.

État actuel : Le malade se plaint de douleurs lombaires et sous-lombaires, de prostatorrée après la défécation, d'impuissance.

A l'examen, M. Jeanbrau constate :

1° *Au méat* un suintement blanc sale.

2° *Urines* claires avec nombreux filaments.

3° *Urètre antérieur* inégal ; la paroi est indurée sur plusieurs points.

4° *Urètre postérieur :* Très douloureux.

5° *Prostate :* Grosse, inégale, douloureuse, donnant par le massage du liquide en abondance.

6° Testicules atrophiés avec épididymite double.

L'examen de la goutte décèle de nombreux microbes secondaires, avec de gros diplocoques ne prenant pas le Gram.

Diagnostic : Urétro-prostatite.

Traitement : 18 séances de dilatation, massages de la prostate, massage du canal sous la douche. Les douleurs lombaires dues à la prostatite disparaissent rapidement. Le jet devient normal.

Résultat après ces 18 séances dont 7 massages de l'urètre sous la douche : Urètre souple, dilaté à 60; prostate petite, indolore. Suintement insignifiant.

Epreuves du coït et du sublimé négatives.

Le malade a été revu dix mois après en très bon état. Pas de suintement.

L'impuissance persiste (atrophie testiculaire).

Observation XI

(Inédite. — Due à l'obligeance du docteur Maurice Jourdan)

X..., 26 ans.

Première blennorragie il y a deux ans, soignée par des injections et électuaire de copahu et cubèbe. Apparence de guérison, mais dès qu'il se remettait à boire un peu d'alcool et surtout de la bière, la goutte venait au méat le matin et se maintenait même dans la journée. Cela ne l'empêcha pas de coïter.

L'année dernière, à la suite de libations plus copieuses, il y eut une recrudescence, il fit cette fois des grands lavages et prit du salol à l'intérieur. L'écoulement abondant disparut assez rapidement, mais la goutte du matin persista toujours : depuis cette recrudescence il ne pratiqua plus de coït.

Quand le malade vient consulter, l'écoulement se produit toute la journée, son linge est taché. Il éprouve un châtouillement le long du canal et surtout à l'angle péno-scrotal. Dès qu'il boit de la bière, ce qui lui arrive parfois, la miction devient légèrement brûlante.

Examen : Méat étroit, 18 au méatomètre.

Le jet est bifurqué. Quelques gouttes retardataires.

Épididymes et testicules normaux. Pas de varicocèle.

Prostate normale, non douloureuse ; il en est de même des vésicules séminales.

Quand le malade va à la selle, il ne sort pas de liquide filant par le méat.

La goutte obtenue par simple pression le long du canal est immédiatement examinée au microscope et nous montre des gonocoques et des microbes d'infection secondaire.

L'état général est assez bon, cependant l'énervement provoqué par la présence de cet écoulement intarissable empêche le malade de dormir et il nous dit qu'il perd l'appétit.

Nous jugeons qu'il serait imprudent d'explorer le canal en l'état actuel, aussi nous pratiquons une série de grands lavages quotidiens, suivant la méthode de Janet.

Nous conseillons le port d'un suspensoir. Huit grands lavages suffisent pour réduire l'écoulement à une goutte matutinale. Nous faisons la méatotomie au delà de 60 au galvano suivant la technique habituelle.

Un explorateur à boule nº 18 passe librement, mais avec un petit ressaut à la région bulbaire ; le nº 24 est arrêté à cette région et la boule est sentie au périnée. L'urètre n'est pas scléreux et le béniqué 46 introduit dans l'urètre ne nous permet pas de sentir des petits kystes glandulaires, sources si rebelles des urétrites.

Capacité vésicale 350 gr. N'a jamais présenté de phénomènes de cystite.

Épreuve des verres : Urines troubles avec filaments dans les deux premiers verres. Pas de sucre, pas d'albumine, pas de phosphaturie.

Comme antécédents vénériens : trois chancres mous qui ont été diagnostiqués et soignés par un médecin.

Diagnostic : Urétrite chronique totale sans prostatite.

Traitement : Vingt-deux séances de dilatation, suivies chaque fois de douche du canal avec l'appareil de M. Jeanbrau et de massage sur l'appareil à douche, nous ont donné la guérison, vérifiée bactériologiquement après l'épreuve du nitrate d'argent. Le malade guéri depuis quatre mois ne se prive de rien, il vient

d'avoir une grippe assez forte sans que l'écoulement ait reparu. Une goutte claire, comme de la glycérine, que nous avons examinée plusieurs fois au microscope et qui ne nous a pas permis de trouver de gonocoques, tient le méat un peu humide, sans qu'il soit collé.

Observation XII

(Inédite. — Due à l'obligeance du docteur Maurice Jourdan)

X..., 30 ans.

Blennorragie il y a un an, soignée sur les conseils d'un pharmacien par du santal et quelques injections faites avec un produit en vogue. Depuis il a une goutte jaunâtre, le matin, persistant parfois dans la journée, surtout quand le malade travaille plus que de coutume. Il ressent, alors qu'il n'urine pas, une sensation de cuisson légère ou plutôt de châtouillement léger, pas désagréable d'après lui.

Examen : Méat étroit, 20 au méatomètre.

Jet normal, pas de gouttes retardataires.

Epididymes et testicules normaux.

Pas de varicocèle.

Prostate légèrement douloureuse (lobe droit) mais qui ne paraît pas augmentée de volume de ce côté et dont la consistance est la même des deux côtés. Après un lavage soigneux de l'urètre et de la vessie, un massage très doux pratiqué dans les conditions et suivant la technique habituelle montre quelques filaments.

Quand le malade va à la selle il a remarqué un liquide filant au méat, ce liquide est d'ailleurs incolore.

Les vésicules séminales paraissent indemnes.

Capacité vésicale normale. N'a jamais présenté de phénomènes de cystite.

A l'épreuve des verres, l'urine du premier verre contient de gros filaments lourds. Dans le deuxième, les filaments sont rares et beaucoup plus minces. Dans le troisième l'urine est claire. Pas d'albumine, pas de sucre, pas de phosphaturie. L'examen microscopique de la goutte montre des gonocoques. La méatotomie est faite au delà de 60 à l'aide du méatotome de Guyon, et, quatre jours après, l'urétroscopie est faite avec l'urétroscope de Luys : la muqueuse est congestionnée. Les lacunes de Morgagni présentent un halo inflammatoire caractéristique.

Un explorateur à boule n° 24 passe librement, mais en faisant un peu souffrir le malade malgré l'anesthésie préalable du canal.

Diagnostic : Urétrite totale chronique avec prédominance d'infection dans l'urètre antérieur et légère prostatite.

Traitement : La prostatite n'étant pas très intense, des lavements et quelques suppositoires atténuent rapidement les douleurs et font disparaître l'inflammation, tout en pratiquant quotidiennement des grands lavages. Au bout d'une quinzaine de jours le toucher prostatique était absolument indolore.

C'est alors que dix séances de béniqués suivies de douche du canal au moyen de l'appareil de M. Jeanbrau, avec massage de l'urètre, et huit séances de Kollmann suivies également de douches du canal, sans massage, amènent la guérison vérifiée au microscope après épreuve du nitrate d'argent. L'urétroscopie faite avant cette dernière épreuve nous avait montré une muqueuse répondant à peu de chose près à un urètre non infecté.

Le malade que nous voyons de temps en temps se trouve en parfait état depuis trois mois.

Observation XIII

(Inédite. — Due à l'obligeance du docteur Maurice Jourdan)

X..., 20 ans.

Première blennorragie il y a 14 mois, soignée sur les conseils d'un étudiant en médecine par injections au permanganate et salol. La goutte persiste. Il observe une première recrudescence trois mois après ce premier traitement qui avait duré deux mois, et sur les conseils d'un pharmacien fait des injections à l'eau blanche et prend du santal. N'ayant aucun résultat, il abandonne tout traitement et se remet à boire et à coïter ; aussi, au bout de peu de temps, nouvelle poussée qui se complique d'une épididymite gauche qu'il fait soigner cette fois par un médecin.

Enfin, guéri de son épididymite, mais ayant encore sa goutte matutinale, il vient nous consulter.

Examen : Méat large, jet normal.

En pressant le long du canal, on fait sortir une goutte assez difficilement, car le malade vient l'après-midi. Une préparation est faite, et nous trouvons des gonocoques très disséminés et de nombreux microbes d'infection secondaire.

Les testicules sont normaux, l'épididyme gauche présente encore un petit noyau induré de la grosseur d'un pois.

Pas de varicocèle.

Prostate bosselée, douloureuse en certains points.

Un explorateur à boule n° 24 passe librement.

L'épreuve des verres donne des filaments dans les deux premiers, l'urine est normale, pas de sucre, pas d'albumine, pas de phosphaturie.

Diagnostic : Urétrite chronique avec prostatite légère.

Le traitement au début ne s'est adressé qu'à la prostatite et à l'écoulement, et, au bout d'un mois après le traitement approprié, le malade a tellement été amélioré qu'il s'est cru guéri, car sa goutte du matin était devenue intermittente, s'était éclaircie, et le toucher prostatique était devenu de jour en jour de moins en moins douloureux. C'est alors que nous avons commencé une série de dilatations aux béniqués d'abord, puis de hautes dilatations au Kollmann. Les séances étaient chaque fois suivies de douche du canal faites avec le béniqué laveur de M. Jeanbrau. Nous avons pu remarquer que les séances de dilatations suivies de douches donnaient des guérisons plus rapides que celles où simplement la dilatation était pratiquée. De plus les malades sont unanimes à dire qu'ils préfèrent plutôt subir dix séances de douches qu'une seule de Kollmann. Actuellement le malade est guéri, et comme toujours la vérification bactériologique a été faite. Nous avons rencontré le malade ces jours-ci, et il était très heureux d'avoir pu, durant tout le Carnaval, se livrer à de nombreuses libations sans être tourmenté par sa goutte.

NOTE

Il nous serait possible de citer de nombreuses autres observations prises dans les notes de notre maître M. Jeanbrau.

Nous estimons que les quelques exemples cités prouvent suffisamment ce que nous voulons démontrer :

1° L'utilité du massage de l'urètre sous la douche ;

2° La nécessité de faire les diverses épreuves de Janet avant de cesser le traitement.

CONCLUSIONS

1° La persistance de certaines urétrites chroniques est due à des lésions glandulaires (littrites, cowpérites, prostatites).

2° Si l'on n'évacue pas ces glandes de leur contenu septique par le massage digital (prostate et glandes de Cowper) ou par le massage sur un béniqué, les lavages, les injections et instillations restent souvent inefficaces.

3° Le diagnostic de ces lésions glandulaires se fait par le toucher rectal, le palper du périnée antérieur, la palpation de l'urètre accessible sur un gros béniqué.

4° Les règles suivantes constituent actuellement un excellent moyen de guérir ces urétrites rebelles :

a) Débrider le méat à 60 lorsqu'il n'a pas ce calibre ;

b) Masser la prostate et les glandes de Cowper en lavant chaque fois abondamment l'urètre et la vessie soit avec du permanganate chaud, soit avec du cyanure de mercure, du protargol ou du nitrate ;

c) Masser l'urètre sur un béniqué ;

d) Faire une injection de protargol à 10 °/₀, que le malade garde 5 à 10 minutes.

5° Le laveur de M. Jeanbrau a l'avantage de permettre de pratiquer en même temps :

a) La distension de l'urètre ;

b) Le massage de la paroi du canal ainsi étalée ;

c) La détersion et le balayage de toutes les sécrétions glandulaires exprimées par le massage.

6° Les hautes dilatations avec les dilatateurs de Kollmann sont souvent nécessaires pour compléter la guérison.

7° Cette guérison ne peut être affirmée que si des examens microscopiques ne permettent pas de trouver de microbes ni de globules de pus dans le suintement du matin après les épreuves de la bière, du coït et du nitrate d'argent ou du sublimé. Encore y a-t-il des cas où l'on fera bien de ne rien affirmer.

TABLE DES MATIÈRES



MONTPELLIER. — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

